

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

“NIVEL DE PREVENCIÓN QUE ASUME LA GESTANTE HACIA LA MALARIA, ATENDIDA EN EL HOSPITAL IQUITOS CESAR GARAYAR GARCIA, EN EL DEPARTAMENTO DE LORETO, ABRIL – JULIO 2013”

JURADO CALIFICADOR:

Obsta. Dra. Rosa Ríos López
Presidente

Obsta. Mg. Marina Huamantumba Palomino

Miembro

Lic. Nut. Dra. María Farro Roque

Miembro

IQUITOS – PERÚ

2013

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mi Madre, a pesar de nuestra distancia física, siento que está conmigo siempre y aunque nos falta muchas cosas vivirlo juntos, sé que este momento es especial para los dos.

A mi Padre y hermano Nelson, quienes me brindaron su apoyo emocional y económico, por compartir momentos significativos conmigo y estar dispuestos a escucharme y ayudarme en cualquier momento.

A mi compañero Ceyer, porque sin el equipo que formamos, no habiéramos logrado ésta meta.

L. Lazo

DEDICATORIA

Al creador de todas las cosas, el que me ha dado fortaleza para continuar cuando a punto de caer he estado; por ello, con toda la humildad que de mi corazón puede emanar, dedico primeramente mi trabajo de investigación a Dios.

De igual forma, dedico esta tesis a mi madre que ha sabido formarme con buenos sentimientos, hábitos y valores, lo cual me ha ayudado a salir adelante en los momentos más difíciles.

A mi amigo Luis que nos apoyamos mutuamente en nuestra formación profesional y que hasta ahora, seguimos siendo amigos

Finalmente a los docentes, que marcaron cada etapa de nuestro camino universitario, y que me ayudaron en asesorías y dudas presentadas en la elaboración de la tesis

C. Gáloc

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por protegerme durante todo mi camino y darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de toda mi vida.

A mi Padre, que con su demostración de un Padre ejemplar me ha enseñado a no desfallecer ni rendirme ante nada y siempre perseverar a través de sus sabios consejos.

A mi hermano Nelson, por su apoyo incondicional y por demostrarme la gran fe que tienen en mí.

Gracias a todas las personas que ayudaron directa e indirectamente en la realización de este proyecto.

Debo agradecer de manera especial y sincera a la Profesora Evangelina Ampuero Fernandez por su apoyo y confianza en mi trabajo de investigación y su capacidad para guiar mis ideas. Ha sido un aporte invaluable, no solamente en el desarrollo de esta tesis, sino también en mi formación como investigador. Las ideas propias, siempre enmarcadas en su orientación y rigurosidad, han sido la clave del buen trabajo que hemos realizado juntos, el cual no se puede concebir sin su siempre oportuna participación.

L. Lazo

AGRADECIMIENTO

En primer lugar doy infinitamente gracias a Dios, por haberme dado fuerza y valor para culminar esta etapa de mi vida.

Agradezco también la confianza y el apoyo brindado por parte de mi madre, que sin duda alguna en el trayecto de mi vida me ha demostrado su amor, corrigiendo mis faltas y celebrando mis triunfos.

Al finalizar un trabajo tan arduo y lleno de dificultades como el desarrollo de una tesis es inevitable que te asalte un muy humano egocentrismo que te lleva a concentrar la mayor parte del mérito en el aporte que has hecho. Sin embargo, el análisis objetivo te muestra inmediatamente que la magnitud de ese aporte hubiese sido imposible sin la participación de personas e instituciones que han facilitado las cosas para que este trabajo llegue a un feliz término.

C. Gáloc

INDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
Dedicatoria.....	i
Agradecimiento.....	iii
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT.....	viii
I. INTRODUCCIÓN.....	01
1.1 Marco conceptual.....	01
1.2 Antecedentes.....	05
1.3 Bases teóricas.....	10
1.4 Justificación y/o importancia.....	25
1.5 Problema.....	28
II. OBJETIVOS.....	28
2.1 Objetivo General.....	28
2.2 Objetivo Especifico.....	28
III. FORMULACION DE HIPOTESIS E IDENTIFICACION DE VARIABLES.....	29
IV. MATERIALES Y METODOS.....	31
4.1 Tipo de estudio.....	31
4.2 Diseño de investigación.....	31

4.3 Población y Muestra.....	31
4.4 Criterios de Inclusión.....	31
4.5 Criterios de Exclusión.....	32
4.6 Procedimiento.....	32
4.7 Materiales e Instrumentos de recolección de datos.....	33
4.8 Plan de tabulación de datos.....	34
V. RESULTADOS.....	35
VI. DISCUCIONES.....	39
VII. CONCLUSIONES.....	41
VIII. RECOMENDACIONES.....	42
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	43
X. ANEXOS.....	48

INDICE DE CUADROS

Nº DE TABLA	TITULO	PAG.
01	Frecuencia y porcentaje de características socio demográficas de las gestantes atendidas en el Hospital César Garayar – Iquitos, Abril – Julio 2013	35
02	Frecuencia y porcentaje según nivel de prevención hacia la malaria en gestantes atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García. Departamento de Loreto. Abril - Julio 2013	36
03	Incidencia de malaria según tipo de parasito en gestantes atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García. Departamento de Loreto	37
04	Frecuencia y porcentaje según medidas preventivas de mayor uso hacia la malaria en gestantes atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García. Departamento de Loreto. Abril - Julio 2013	38

RESUMEN

El presente estudio titulado “Nivel de prevención que asume la gestante hacia la malaria, atendidas en el Hospital Iquitos Cesar Garayar García. En El Departamento de Loreto, abril – julio 2013”. Estudio descriptivo simple, cuantitativo, prospectivo, transversal. La población estuvo conformada por 740 gestantes que acudieron a la atención pre-natal del Hospital Iquitos Cesar Garayar García. La muestra fue 296 gestantes de la misma. El Instrumento de recolección de datos es encuesta.

Como resultados tenemos: la población estudio se caracterizo por ser gestantes del grupo etario de 15 a 35 años 225 (76%), de estado civil convivientes 223 (75.3%), de religión católica 205 (69,3%), de ocupación ama de casa 171 (57.8%) y de educación secundaria 216 (73%); el nivel de prevención hacia la malaria en su mayoría fue regular con un 82.1% (243), seguido de un nivel bajo (15.2%) y sólo 2.7% (8) logro un nivel alto; el mayor número y porcentaje de malaria según los meses de estudio fue en Julio con 12 (35.3%) casos, y corresponde al tipo vivax. En relación a la incidencia total de malaria en el periodo Abril – Julio 2013 es de 4.59%; La medida preventiva con mayor frecuencia de la gestante es el uso de mosquiteros con 39.6% (117) luego el uso de mallas metálicas en puertas y ventanas con 27.3% (81).

En conclusión: El nivel de prevención hacia la malaria por la gestantes atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar mayoritariamente fue regular con 82.1% (243).

PALABRAS CLAVES: Nivel preventivo, Gestante, Malaria, Medida de prevención.

ABSTRACT

C. Gálloc y L. Lazo. UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN – FACULTY OF HEALTH SCIENCES, PROFESSIONAL ACADEMIC SCHOOL OF OBSTETRICS. Thesis "Prevention Level In Pregnant That assumes Towards Malaria. Served In The Cesar Garayar García Hospital Iquitos, in The Department of Loreto, April-July 2013" FOR PROFESSIONAL TITLE OBSTETRA. Descriptive project simple, quantitative, prospective, cross. The population consists of 740 LOPET pregnant attending pre - natal attention. The sample of 296 pregnant women is the same. Data collection instrument is the survey. RESULTS: Regular preventive level is a greater percentage of 82.1% (243), Low 15.2% (45) and to a lesser extent the Alto preventive level of 2.7% (8). Malaria incidence is 4.59% in the period from April to July. the 75.3% of pregnant women are living with partner, 18.3% were single and 6.4% married. The 69.3% of pregnant women are of the Catholic, Evangelical 19.3% and 11.5% are Adventists. The 57.8% (171) of pregnant women are housewife, 38.5% (114) are students and 3.7% (11) are public employees. Degree of instruction in primary of pregnant women is 23.3% (69), secondary 73% (216) and higher university is 3.7% (11)

The most common preventive measure for pregnant women is the use of bednets 60.47% (179) use of metal mesh on doors and windows 39.53% (117)

KEY WORDS: preventive level, Pregnant, Malaria, Preventive measure.

“NIVEL DE PREVENCIÓN HACIA LA MALARIA QUE ASUMEN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IQUITOS CESAR GARAYAR GARCIA, EN EL DEPARTAMENTO DE LORETO, ABRIL – JULIO 2013”

I. INTRODUCCIÓN:

1.1. Marco conceptual

La malaria constituye uno de los mayores problemas de salud pública en el mundo. Las cifras de la organización mundial de la salud (OMS) no pueden ser más desalentadoras, el 40% de la población mundial vive en zona de riesgo de contraer la enfermedad, se registran 300 millones de nuevos casos anuales y un millón muere como consecuencia de la enfermedad (40). El binomio embarazo y malaria es reconocido como un tema de suma importancia en la problemática generalizada por esta enfermedad. En 1934 Wickramasuriya observó la evolución de la malaria gestacional en Sri – Lanka, descubrió una alta tasa de mortalidad materna, asociada a alta tasa de abortos y anemia (42) y desde entonces diferentes reportes confirman la prioridad de estudiar la malaria en la gestación. En África al menos 24 millones de embarazadas reciben anualmente tratamiento contra la malaria y esta ha sido responsabilizada 15% de la anemia en las gestantes y del 35% de los casos de bajo peso al nacer incrementando de esta manera la mortalidad de las madres y la morbilidad de los recién nacidos.

En el Perú y en especial en la región selva la malaria constituye una de las causas de morbilidad en menores de cinco años y en mujeres

embarazadas, en el Hospital de Iquitos es una de las causas de asistencia a consulta y sus complicaciones generan ingresos y remisiones, es lo que nos motivo fundamental durante el periodo de internado 2012 a realizar el presente estudio con el objetivo de conocer la prevención de la malaria en las gestantes atendidas para así contribuir a reducir los indicadores y motivar a futuras investigaciones principalmente de índole cualitativa que permitan ampliar los resultados de la investigación.

La Malaria es una enfermedad transmisible, prevenible y curable, y se conocen múltiples factores en su origen y comportamiento (económico-social, ambiental), por lo que su manejo tiene carácter multidisciplinario. Es causa principal de morbilidad y mortalidad al nivel mundial. El control de la malaria es un reto que requiere los esfuerzos coordinados de varios sectores dirigidos a las personas y a la población en acciones contra el vector, contra el parásito y básicamente de la educación comunitaria. (1)

La malaria, enfermedad infecciosa que se transmite por acción de los mosquitos, es uno de los problemas de salud pública más serios a nivel mundial. Cada año hay 350–500 millones de casos de malaria en todo el mundo y por lo menos 1 millón de personas pierden la vida a causa de esta enfermedad; 90% de estos casos ocurren en África.

Las mujeres embarazadas y los recién nacidos son particularmente vulnerables a la enfermedad.

El parásito de la malaria provoca anemia severa en las madres gestantes,

problemas por bajo peso en los recién nacidos y deficiencias en el desarrollo de los niños. Cada año, aproximadamente 50 millones de mujeres que viven en países donde la malaria es endémica se embarazan. En África, aproximadamente 10.000 de estas mujeres y 200.000 de sus niños pierden la vida como consecuencia de la infección de malaria en el embarazo. En respuesta a este problema sanitario, el trabajo se concentra en el desarrollo e implementación de intervenciones eficaces de bajo costo a través de las cuales se puede prevenir los casos de malaria en las mujeres gestantes y controlar la enfermedad entre las mujeres que contraen la infección. Para ello, se sigue la estrategia de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual comprende tres áreas importantes: 1.En áreas donde la transmisión es estable, por lo menos dos dosis de tratamiento preventivo intermitente durante el embarazo (TPI) con medicación efectiva contra la malaria, en la actualidad sulfadoxina-pirimetamina; 2.Promoción y uso de mosquiteros tratados con insecticidas y; 3.Diagnóstico oportuno y manejo de la enfermedad entre mujeres gestantes infectadas con malaria. Los estudios han demostrado que las mujeres que reciben atención prenatal focalizada (contempla: identificación de condiciones pre-existentes; detección temprana de complicaciones que ocurran durante el embarazo; promoción de la salud y prevención de enfermedades y preparación para el parto y atención de complicaciones) tienen muchas más probabilidades de prevenir la malaria y traer a la vida bebés saludables. Esta estrategia garantiza que las mujeres gestantes reciban la atención que necesitan para prevenir y controlar la malaria en el embarazo, conjuntamente con otras

intervenciones de salud integral. El componente de proyección comunitaria constituye un frente esencial dentro del programa ya que garantiza el establecimiento de vínculos de prestación con los servicios de atención prenatal.(43).

- En el Perú la Oficina General de Epidemiología del Ministerio de Salud establece como medidas de prevención y control comunitario: 1. Realizar el examen de gota gruesa a todo paciente febril y descartar la malaria en zonas endémicas. 2. Diagnóstico y tratamiento oportuno de los pacientes de malaria por los servicios de salud de acuerdo al esquema de tratamiento del MINSA. 3. Control del vector 4. Control de larvas: a. control físico. Eliminar charcos, rellenos y drenaje; modificar el flujo del agua, limpiar la vegetación de canales, estanques y ríos. b. Control químico. Aplicar larvicidas como el Temephos al 1%, en concentración de 1g/10 L de volumen de agua, con prioridad en ciraderos permanentes. C. Control de mosquitos adultos: en casos de brotes en áreas con alta densidad vectorial realizar el rociamiento intradomiciliario con insecticidas de acción residual y tratamiento espacial (fumigación) (ULV). 5. Proteger las puertas y ventanas de las viviendas con mallas, para evitar el ingreso de "zancudos" o "mosquitos". 6. Vigilar a quienes viajan de zonas no endémicas a las zonas de riesgo y viceversa. 7. En áreas endémicas se debe monitorear la densidad vectorial (población de mosquitos), para mantener niveles que no signifiquen riesgo. 8. En epidemias, desastres o cuando ocurra cambios climáticos, evaluar su naturaleza y extensión e intensificar la búsqueda de casos, la vigilancia y el control de los vectores.

Así mismo como medidas de prevención y control personales se han establecido: 1. Usar mosquiteros impregnados con insecticidas, ropa de manga larga y repelentes. 2. Administrar quimiopprofilaxis a los viajeros o turistas (adultos) a zonas de riesgo. Dos semanas antes de que ingresen a la zona endémica deben recibir cloroquina (300 mg) dos tabletas por semana por vía oral y después de haber salido del área, igual dosis, durante dos semanas. 3. Educación sanitaria sobre el riesgo de infección y sobre las medidas de prevención antes indicadas en áreas endémicas. 3. Educación sanitaria en situación de brote: debe educarse a la población para que re- conozcan los síntomas y signos, conozcan los mecanismos de transmisión y acudan oportunamente a consulta para que reciban tratamiento oportuno. Finalmente capacitar al personal de salud en diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia de la enfermedad. 4. Tratamiento según esquema.

1.2. ANTECEDENTES DE INVESTIGACION

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Murhekar MV. (2007) "Factores de riesgo para las muertes de la malaria en el distrito de Jalpaiguri, Bengala del oeste, la India: evidencia de la acción adicional" encontraron que 51 muertes de la malaria fueron emparejadas con 153 controles, que no diferenciaron por la edad (punto medio: 35 contra 36 años) y la proporción de los varones (el 63% contra el 63%). En el análisis de regresión logístico múltiple, comparado con los sobrevivientes, las muertes de la malaria eran más probables haber sido

admitidas con complicaciones ya existentes [O de = el intervalo de confianza 4.1, del 95% (ci) = 1.6-10)], tratado en una facilidad privada (O = 3.7, el 95% ci = 1.2-12), tratamiento recibido después de 48 horas de inicio de la fiebre (O = 14, el 95% ci = 2.9-64), cloroquina recibida (O = 13.3, el 95% ci = 3.7-47). Los hogares de los difuntos eran también más probables faltar redes de la cama (O = 6.3, el 95% ci = 1.9-24) y la rociadura del DDT (O = 9.2, el 95% ci = 2.8-31). La eliminación de las muertes de la malaria requerirá la educación de los abastecedores para la remisión pronta antes de complicaciones, contrato del sector privado, conocimiento de la comunidad para el tratamiento temprano tan bien como el uso ampliado del DDT de las redes de la cama. El uso de los anti-malarias de una más nueva generación debe ser generalizado. (11)

Chandramohan D. (2008). “La epidemiología de la malaria entre las mujeres embarazadas que atienden a clínicas prenatales en un área con la transmisión intensa y altamente estacional de la malaria en Ghana” demostró resultados donde el predominio total de la parasitemia de la malaria durante embarazo era el 47%. Una más vieja edad (cociente ajustado de las probabilidades (AOR) ci 0.54-0.78 de 0.65, del 95%), el multigravidad (AOR ci 0.42-0.61 de 0.51, del 95%) y el tercer trimestre del embarazo (AOR ci 0.73-0.99 de 0.85, del 95%) fueron asociados a un riesgo disminuido de parasitemia. La inscripción durante la estación lluviosa o poste-lluviosa fue asociada a un riesgo creciente de la parasitemia (AOR ci 2.20-3.04 de 2.59, del 95% y AOR ci de 3.12, del 95%, 2.60-3.74 respectivamente). La infección de la malaria fue asociada

a un riesgo creciente de anemia entre mujeres jóvenes. Los prevalentes de la anemia (Hb).(12)

Yamamoto T. Med. (2009) "Los factores de riesgo para la infección de la malaria entre minorías étnicas en Binh Phuoc, Vietnam" Obtuvo resultados donde un total de 682 individuos a partir de 159 hogares participaron en las examinaciones de la entrevista y de la sangre. Toda la renta ganada de los hogares con el cultivo sin actividades del bosque en la noche, y el estado socioeconómico no eran generalmente muy bajos. El predominio total de la infección de la malaria era 6.2%, con un pico entre 3 - a los niños de 5 años. El análisis univariante identificó 3 - 5 años, de la familia del > o gente 5, durmiendo con el > 3 personas en una cama, y la vida en una casa de madera/de bambú como factores se asociaron a la infección de la malaria. El análisis ajustado multivariante después de la selección variable identificó los años de la edad 3 - 5, un tamaño de la familia del > o la gente 5 y la vida en una casa de madera/de bambú fueron relacionadas perceptiblemente con la infección de la malaria.(13)

Millet JP, (2009) "Importado paludismo entre los inmigrantes africanos: existe todavía una relación entre los desarrollados y sus antiguas colonias" Los resultados demostraron que de los pacientes africanos 489, 279 (57,1 %) había nacido en EG y 210 (42,9 %) en el resto de África. La incidencia acumulativa de la malaria importada entre aquellos de EG era 179.6 por cada 1.000 habitantes, mientras que en los de la RA fue 33.7 por mil (p 0,00 1). El cumplimiento de la quimioprofilaxis (CP) es muy bajo, pero no hubo diferencias entre los dos grupos. Compararlos de la

CE a las personas de RA, el primero se caracterizaron por tener más pacientes en los visitas de amigos y familiares (VFR) categoría y más personas menores de 15 años o más de 37 años y más mujeres. También visitaron el centro de salud de un viajero más a menudo, había hospitalarios menos y tenían menos probabilidades de residir en la ciudad.(19)

ANTECEDENTES NACIONALES

JI Ikechebelu, 2009, para optar Título de Medicina humana. “Una comparación de la prevalencia de parasitemia de la malaria en las mujeres embarazadas y no embarazada Ayacucho - Perú” los resultados demostró que la prevalencia de parasitemia fue 79.3 % (es decir, 333 de 420) para las mujeres embarazadas y 31,5 % (o 63 de 200) para el control. Para las mujeres embarazadas y los controles, se observó una prevalencia general de 63.1 %. El estudio encontró que la media densidad parásito para las mujeres embarazadas que 1978 \pm 1-1531 (medio \pm SD), mientras que la de los controles fue 766 \pm 1-1923. (17)

Ramal Asayag, 2008, para optar Título de Medicina Humana. “Malaria en gestantes entre marzo del 2002 y julio del 2003: Experiencia en el Hospital Regional de Loreto, Perú” la incidencia acumulada de malaria en gestantes seguidas durante 15 meses fue de 15,3 %. No se encontraron casos de malaria congénita. Se encuentra asociación entre malaria en gestantes y

bajo peso al nacer ($p = 0,0001855$), prematuridad ($p = 0,0214822$), caso anterior de malaria ($p = 0,0000281$). No se encuentra asociación con condición de primigesta ni gestante menor de 21 años. Fiebre no es predictor clínico de malaria en gestantes. Otros hallazgos importantes son la asociación entre malaria por *P. falciparum* y óbitos durante gestación ($p = 0,0196497$) y que los promedios de hematocrito y hemoglobina son menores en gestantes con malaria comparados con gestantes sin malaria.(18)

ANTECEDENTES LOCALES

Fernandez Mendoza, (2007) proyecto de investigación para optar Título profesional de Obstetricia. Actitudes preventivas de las gestantes frente a la malaria en el hospital Regional de Loreto, Loreto 2007. Al observar los resultados concluye las actitudes preventivas de mayor frecuencia de las gestantes (muestra 100) frente a la malaria es el uso de mosquiteros (94.2%), pulverización y erradicación de insectos. (38).

Pérez Rural - Escamilla (2008). "La inseguridad alimentaria familiar está asociada con la Malaria de la infancia en Iquitos" los resultados indicaron que de los hogares fueron clasificados como cualquier alimento seguro (2 %; la puntuación de ELCSA = 0), inseguridad alimentaria/muy insegura de alimentos (42,7%; el rango de puntuación de ELCSA: 1-10), o gravemente inseguridad alimentaria (57,3 %; el rango de puntuación de ELCSA: 11-16). Un total de 34.0% de las mujeres informó de que sus hijos tenían

paludismo durante el momento anterior a la encuesta. Análisis multivariante mostraron que la inseguridad alimentaria grave era un factor de riesgo de paludismo clínico percibido (odds ratio: 5.97; el 95 % CI: 2.06-17,28 pulg.). Factores de riesgo adicionales para percibido paludismo clínico fueron los siguientes: no reciben calostro, pobres la salud del niño (a través de materna selfreport), un kg/m (2) de IMC 17 del niño y niño la administración de suplementos de vitamina A más de una vez desde su nacimiento. Resultados sugieren que las políticas y programas que abordan la inseguridad alimentaria también están probables que reducir el riesgo de paludismo en Haití.(16)

1.3. Bases Teóricas

1.3.1 MALARIA

La malaria (del italiano medieval mal aire) o paludismo (latín palus, pantano) es una enfermedad producida por parásitos del género Plasmodium, y es probable que se haya transmitido al ser humano a través de los gorilas occidentales. La enfermedad puede ser causada por una o por varias de las diferentes especies de Plasmodium: Plasmodium falciparum, Plasmodium vivax, Plasmodium malariae, Plasmodium ovale o Plasmodium knowlesi, las tres primeras son las reportadas en el continente americano. El ciclo de transmisión del plasmodium empieza cuando el mosquito hembra, al alimentarse de sangre, inyecta esporozoitos en la corriente sanguínea. La replicación sexuada se debe a que algunos de los merozoitos que infectan a los eritrocitos se desarrollan como

gametocitos masculinos 6 femeninos. Estos gametocitos están ingeridos por el mosquito Anopheles hembra al alimentarse de sangre. (4) El periodo de transmisión coincide y se debe a la presencia de gametocitos en la sangre de la persona infectada. Los gametocitos aparecen en la sangre 8-11 días después de las formas asexuales, y persisten con unas tres semanas aun hasta varios meses. Antes de aparecer el ataque agudo, pueden observarse síntomas premonitarios (cefalea, lumbalgia, mialgias, anorexia, vómitos). (5). Los síntomas son muy variados, empezando con fiebre, escalofríos, sudoración y dolor de cabeza. Además se puede presentar náuseas, vómitos, tos, heces con sangre, dolores musculares, ictericia, defectos de la coagulación sanguínea, shock, insuficiencia renal o hepática, trastornos del sistema nervioso central y coma.

Malaria y Gestación

Las mujeres embarazadas con malaria tienen 4 veces más posibilidades de tener una malaria cerebral; 50% de ellas sobreviven, pero la fiebre puede aumentar las complicaciones obstétricas, causando abortos espontáneos. El paludismo durante la gestación no ha sido asociado directamente con un incremento de la mortalidad infantil. En cambio la anemia materna severa si ha sido relacionada con una mayor mortalidad perinatal y posnatal. La presentación clínica y las complicaciones de la malaria durante la gestación varían según nos encontremos en áreas de alta o baja transmisión. Cuando las mujeres viven en áreas de alta transmisión las gestantes tienen un alto nivel de anticuerpos (inmunidad), siendo la infección usualmente leve o asintomática. Pero puede ocurrir anemia y morbilidad materna e infección

placentaria; puede ocasionar peso bajo al nacimiento, alteraciones de desarrollo y complicaciones infantiles. En cambio, en áreas de poca transmisión y poca inmunidad, la mujer gestante sufre infección clínica que puede sufrir grados variables de parasitemia, lo que puede afectar a formas más severas; son complicaciones la anemia, hipoglicemia, edema pulmonar, síndrome de dificultad respiratoria aguda, malaria cerebral y muerte; ello también se aplica a las mujeres gestantes de áreas no endémicas que viajan a las zonas endémicas de malaria. (21)

Las mujeres embarazadas son más susceptibles a padecer malaria, y más durante la primera y segunda gestación. Esta susceptibilidad se debe a una combinación entre los cambios inmunológicos y hormonales que suceden durante el mismo, sumado a la afinidad que presentan los eritrocitos por la placenta. Las crisis de malaria son menos frecuentes y menos graves en los primeros seis meses de vida por el paso de IgG por la placenta. La inmunidad generada durante la gestación es muy potente. A mayor tasa de IgG contra el VSA, menor tasa de parto pretérmino, mayor peso al nacer y menor grado de anemia. Sin embargo, las IgG producidas a partir de los antígenos de membrana de eritrocitos que no se localizan en la placenta, no disminuyen el riesgo de bajo peso ni de parto pretérmino.(31)

Cambios inmunológicos en la placenta se asocian a un mal resultado gestacional, se ha observado que a mayor nivel de TNF alfa, menor peso al nacer, tanto por restricción del crecimiento fetal como por parto pretérmino. Acerca del IFN gamma no ha podido demostrarse nada. La IL-10 sí se asocia, porque tiene un papel inmunosupresor. La infección crónica hace

aumentar los niveles de IL- 10, de forma que disminuyen los niveles de hierro disponible en plasma, por lo que el número de progenitores eritroides cae y esto desemboca en parto pretérmino. Hasta ahora, nadie ha realizado un estudio del tejido placentario con el fin de investigar por qué eritrocitos infectados, pigmentos de hemozoína o antígenos de malaria pueden afectar a la producción hormonal y de citoquinas en células maternas y fetales. Una placenta infectada por malaria, presenta eritrocitos infectados adheridos a las vellosidades, degradación del tejido sincitial, aumento de brotes de tejido sincitial en forma de nódulos, fenómenos de neovascularización y más raramente destrucción de villi¹³. La malaria placentaria en zonas de transmisión estable, tiene una prevalencia media del 26% (aunque mediante PCR las cifras son mucho mayores). Un 46% de mujeres con malaria placentaria presentan a su vez parasitemia.⁽³²⁾

La malaria asociada al embarazo, compromete la circulación placentaria, de forma que se altera la implantación del trofoblasto y se produce remodelación de las arterias uterinas, en un proceso similar al que ocurre durante la preeclampsia. Además, la acumulación de eritrocitos infectados y los depósitos de fibrina, disminuyen el flujo placentario de forma mecánica. Todo esto altera el transporte de nutrientes a través de la placenta.⁽³¹⁾.

COMPLICACIONES

La anemia.- Intenta explicarse por varios mecanismos: hemólisis secundaria a liberación de merozoitos, cambios oxidativos en los ácidos grasos insaturados de la membrana eritrocitaria que producen aumento de la rigidez del GRI y disminución en la deformabilidad provocando hemólisis, dis-eritropoyesis en la medula ósea secundaria a la infección, disminución en la respuesta Th2 que provoca bajos niveles de ILIO, con menor activación de precursores eritroides a nivel medular, y disminución en la respuesta medular a la estimulación de la eritropoyetina. Se suma la disminución de folatos, ya disminuidos por el desarrollo de los tejidos fetales, debido al uso de estas sustancias en la formación de masa eritrocitaria para contrarrestar la hemólisis.(31). El secuestro placentario de Gris produce:

- a) Reducción del transporte de oxígeno y nutrientes al ocasionar engrosamiento de la membrana basal del trofoblasto.
- b) Uso de nutrientes por el parásito para su desarrollo y replicación.
- c) Alta producción FNT relacionada con disminución en la captación de nutrientes por el feto.
- d) Disminución del riego sanguíneo placentario secundario a microinfartos.(33)

La anemia explica el bajo peso al nacer en zonas donde la prevalencia de esta complicación es alta y el compromiso placentario es bajo, lo que se evidencia por:

- Alta incidencia de bajo peso fetal en zonas con baja prevalencia de infección placentaria.

- Escaso desarrollo ponderal en infecciones por *P. vivax* en las cuales no existe compromiso placentario pero si alta prevalencia de anemia.
- Disminución de la anemia y el bajo peso fetal con el uso de quimiopprofilaxis con antimaláricos.(35)

DIAGNÓSTICO: Se conoce claramente que el procedimiento rutinario es la toma de Gota gruesa, éste es un procedimiento que en zonas de alta transmisibilidad como la nuestra, se debe realizar en toda gestante con cuadro febril. Toda gestante con cuadro febril se le debe practicar en forma protocolizada el examen de Gota gruesa, además se debe tener presente la procedencia (dato epidemiológico) para poder hacer un seguimiento si es necesario. (31)

TRATAMIENTO

Malaria por Plasmodium vivax, las gestantes no deben recibir primaquina por el riesgo de producir hemólisis y metahemoglobinemia en el feto. Se administrará cloroquina en la forma descrita para un adulto, a razón de 10 mg/Kg. de peso/ día (10tb). Luego se administrará semanalmente una dosis de cloroquina de 2 tabletas ó 5 mg base/ Kg. de peso hasta la semana del parto. Después del parto se le administrará 2 tb. de primaquina de 15 mg durante 7 días.(36)

Malaria por plasmodium falciparum, se administrará quinina, clindamicina y primaquina con una duración de 7 días. La quinina se presenta en tabletas de 300 miligramos, la clindamicina en cápsulas de 300 miligramos y la primaquina en tabletas de 15 mg., 7.5 mg., 5 mg. La

quinina es administrada a razón de 6 tabletas por día (300 mg./Kg./día) dividido en 3 dosis de 2 tabletas cada una (10 mg./Kg./dosis) por 7 días.(36)

COMPORTAMIENTO PREVENCIÓN DE LA MALARIA EN LA GESTACION

Métodos utilizados para prevenir la propagación de la enfermedad, o para proteger a las personas en zonas donde la malaria es endémica, incluyen fármacos profilácticos, erradicación de mosquitos y la prevención de picaduras de mosquitos. La persistencia de la malaria en un área requiere una combinación de alta densidad humana, densidad de población de mosquitos alta y altas tasas de transmisión de los seres humanos a los mosquitos y los mosquitos a los seres humanos. Si cualquiera de estos es bajado lo suficiente, el parásito tarde o temprano desaparecerán de esa zona, como ocurrió en América del Norte. (31)

Muchos investigadores argumentan que la prevención de la malaria puede ser más rentable que el tratamiento de la enfermedad a largo plazo, los costos requeridos está fuera de alcance de muchas de las personas más pobres del mundo. Asesor económico Jeffrey Sachs estima que la malaria puede ser controlada por 3 millones de dólares en ayuda por año. Los factores de éxito para la prevención incluyen condiciones propicias de cada país, un enfoque técnico específico utilizando un paquete de herramientas efectivas, liderazgo activo, toma de decisiones basadas en datos en todos los niveles de Gobierno, participación de las comunidades, descentralización, aplicación y control de las finanzas, la

capacidad técnica y administrativa especializada a nivel nacional y subnacional, apoyo técnico y programático práctico de organismos asociados y financiación suficiente y flexible.(31)

MÉTODOS DE PREVENCIÓN DE MALARIA EN GESTACION

a. TRATAMIENTO PROFILACTICO

- Malaria por *Plasmodium vivax*, se administrará cloroquina en la forma descrita para un adulto, a razón de 10 mg/Kg. de peso/ día (10tb). Luego se administrará semanalmente una dosis de cloroquina de 2 tabletas ó 5 mg base/ Kg. de peso hasta la semana del parto. Después del parto se le administrará 2 tb. De primaquina de 15 mg durante 7 días.(36)
- Malaria por *plasmodium falciparum*, se administrará quinina, clindamicina y primaquina con una duración de 7 días. La quinina se presenta en tabletas de 300 miligramos, la clindamicina en cápsulas de 300 miligramos y la primaquina en tabletas de 15 mg., 7.5 mg., 5 mg. La quinina es administrada a razón de 6 tabletas por día (300 mg./Kg./día) dividido en 3 dosis de 2 tabletas cada una (10 mg./Kg./dosis) por 7 días.(36)
- Vacunación, vacunas para la malaria están en desarrollo, con ninguna vacuna eficaz totalmente todavía disponibles. Se realizaron los primeros estudios prometedores que demuestra el potencial para una vacuna contra el paludismo en 1967 por inmunizar ratones con esporozoitos atenuados por radiación en vivos, proporcionando protección a alrededor del 60% de los ratones tras inyección posterior con esporozoitos normales, viables. Desde la década de 1970, ha habido un esfuerzo

considerable para desarrollar estrategias de vacunación similares dentro de los seres humanos. Se determinó que una persona puede protegerse de una infección " p. falciparum" si reciben más de 1.000 picaduras de mosquitos infectados, irradiados. (33)

b. CONTROL DE VECTORES.

- **Pulverización y erradicación de mosquitos**

La malaria fue erradicada correctamente o controlada también en varias áreas tropicales eliminando o intoxicación con los criaderos de los mosquitos o los hábitats acuáticos de las fases de larva, por ejemplo por llenar o aplicar aceite a lugares con agua estancada. Estos métodos han visto poca aplicación en África durante más de medio siglo. En la década de 1950 y 1960, hubo un esfuerzo importante de salud pública para erradicar la malaria en todo el mundo por selectivamente contra los mosquitos en zonas donde la malaria era rampante. Sin embargo, estos esfuerzos han fracasado hasta ahora erradicar la malaria en muchas partes del mundo en desarrollo — el problema es más frecuente en África. (32)

Interior residual pulverización (IRS) es la práctica de la pulverización de insecticidas en las paredes interiores de las casas en las zonas afectada de la malaria. Después de alimentarse, muchas especies de mosquito descansan sobre una superficie cercana al digerir la harina de sangre, por lo que si las paredes de las viviendas han sido recubiertas con insecticidas, los mosquitos descanso morirán antes de que ellos pueden morder otra víctima, transfiriendo el parásito de la malaria.(33)

El primer plaguicida utilizado para IRS fue DDT. Actualmente, la Organización Mundial de la salud (OMS) informa el uso de 12 diferentes insecticidas en las operaciones del IRS. Estos incluyen DDT y una serie de insecticidas alternativos (tales como la permetrina piretroides deltametrina), para combatir la malaria en zonas donde los mosquitos son resistentes al DDT y frenar la evolución de la resistencia. Este uso de salud pública de pequeñas cantidades de DDT está permitida bajo la Convención de Estocolmo sobre contaminantes orgánicos persistentes (COP), que prohíbe el uso agrícola del DDT. Sin embargo, debido a su legado, muchos países desarrollados desalientan el uso de DDT incluso en pequeñas cantidades.(33)

- El uso de repelentes para mosquito al salir al campo, rociado de insecticida en su casa y rellenar o drenar los charcos de alrededor de la vivienda (32)

c. PREVENCIÓN DE PICADURA DE MOSQUITOS

- Mosquiteros y ropa de cama, Es el método más usado y más fácil de usar (94.2%) de todos los métodos de prevención, ayuda a mantener los mosquitos alejado de personas y reducir en gran medida la infección y transmisión de la malaria. Las redes no son una barrera perfecta y a menudo son tratados con insecticida diseñado para matar los mosquitos antes de tenga tiempo para buscar una forma de pasar la red. Mosquiteros (ITN) se estiman que dos veces tan eficaz como mosquiteros sin tratar.(33). La distribución de mosquiteros impregnados con insecticidas como la permetrina o deltametrina es uno de los métodos

más rentables de la prevención. Estas redes a menudo pueden obtenerse por alrededor de \$2. 50–\$ 3.50 (2 ó 3 euros) de las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la salud (OMS). Mosquiteros tratados con insecticidas son parte de los objetivos de desarrollo del Milenio (ODM) que para su máxima eficacia, las redes deben reimpregnarse con insecticida cada seis meses. Este proceso plantea un importante problema logístico en las zonas rurales. Nuevas tecnologías, como Olyset o DawaPlus permiten producción de larga duración insecticidas mosquiteros (MTILD), que liberan insecticida durante aproximadamente 5 años, y costó unos US\$ 5.50. Mosquiteros tratados con insecticida proteger personas durmiendo en la red y al mismo tiempo matar a los mosquitos que ponerse en contacto con la red. Algún tipo de protección también se proporciona a los demás por este método, incluyendo personas durmiendo en la misma habitación, pero no en la red. Mientras que distribuir mosquiteros es un componente importante de la prevención de la malaria, la educación comunitaria y toma de conciencia sobre los peligros de la malaria se asocian con campañas de distribución para asegurarse de que reciben una red y sepan cómo usarlo. "Colgar" campañas consiste en visitar los hogares que recibieron una red al final de la campaña o justo antes de la temporada de lluvias, asegurando que la red se utiliza correctamente y que las personas más vulnerables a la malaria, como niños y ancianos, sean protegidos.(33)

- Educación, el dictar charlas educativas y la publicidad en diferentes comunicadores de los signo y síntomas de la malaria ha reducido el número de casos en algunas zonas del mundo, en desarrollo en 20%.

Reconocer la enfermedad en las primeras etapas también puede detener la enfermedad para que no se convierta en un asesino. La educación también puede informar a la gente para cubrir las zonas de estancamiento, todavía el agua, por ejemplo, tanques de agua que son ideal de cría para el parásito y el mosquito, reduciendo así el riesgo de la transmisión entre personas. Esto se pone más en la práctica en las zonas urbanas donde hay grandes centros de población en un espacio reducido y transmisión sería probablemente en estas áreas. Se ha demostrado que la erradicación de la malaria depende crucialmente en encontrar y tratar al gran número de personas en las zonas endémicas de malaria asintomática, que actúan como un reservorio de infección. Los parásitos de la malaria no afectan a las especies animales y por lo tanto, se espera que sea eficaz la erradicación de la enfermedad de la población humana.(32) Otras intervenciones para el control de la malaria incluyen las administraciones masivas de drogas y tratamiento preventivo intermitente. Las madres gestantes que residan en zonas de transmisión intensa y donde los servicios de salud formales no sean suficientes, deben recibir tratamiento en el hogar o cerca de este, cuando ellos sean el principal grupo de riesgo.

- Uso de ropa que lo proteja de picaduras, como camisa manga larga, pantalones largos, medias y zapatos cerrados.
- Utiliza mallas metálicas en puertas y ventanas para prevenir el ingreso de zancudos y mosquitos
- Hora de baño fuera del horario de propagación de los mosquitos que son al amanecer y al atardecer.

- Lugar de acumulación de desechos (32)

Ciclo de la Enfermedad:

Involucra: ***Plasmodium**: un protozoo del grupo esporozoo que parasitiza el ser humano causando la enfermedad de la malaria.

***Huésped**: El animal o planta que alberga un parásito así facilitando que complete su ciclo de vida. El parásito plasmodium tiene dos huéspedes.

***Huésped Definitivo**: El huésped dentro de lo cual un parásito que tiene ambas formas de reproducción (sexual y asexual) realiza su aplicación sexual. En el caso de plasmodium, el huésped definitivo es el mosquito Anopheles. ***Huésped intermediario**: El huésped dentro lo cual un parásito realiza su replicación asexual. El huésped intermediario de plasmodium es el hombre.(1)

CLASIFICACIÓN

MALARIA POR PLASMODIUM VIVAX

Su periodo de incubación varía entre 5-15 días y presenta los síntomas premonitorios ya descrito. El ataque agudo con escalofríos, fiebre alta y sudoración, se repite cada 48 horas, después de varios ataques agudos es frecuente encontrar esplenomegalia.(24) La infección es considerada en general en tiempo benigno y casi nunca son causas de muertes. Solo en las siguientes condiciones se consideran grave y posiblemente mortales:

a. Rupturas Esplénica, se presenta rara vez en paciente con esplenomegalia, mortalidad mayor del 80% y causa la hemorragia.

- b.** Daño Hepático y hepatitis inespecífica con o sin ictericia.
- c.** Trombocitopenia y anemia severa, ocurre rara vez.
- d.** Malaria cerebral que han sido informado en raras ocasiones cuando hay infecciones por plasmodium vivax.

Formas asexuales

- Trofozoitos inmaduros (forma de anillo), aprox. 1/3 del diámetro del eritrocito. "ameboides" se pueden observar varios procesos pseudópodos. La presencia de granos finos de pigmento marrón (pigmento malárico) o hematina, probablemente derivado de hemoglobina del glóbulo rojo infectado.
- Esquizonte, tan largos como un glóbulo rojo, por lo que el eritrocito se vuelve más distendido y alargado que de costumbre.

Formas sexuales

- Gametocitos: redondeados, comúnmente encontrados en la sangre periférica a una semana después de la parasitemia inicial.

El vector o transmisor puede ser: Anopheles pseudopunctipennis, Albimanus, Quadrimaculatus y Aztecus Spp.

Diagnóstico: Frotis y gota gruesa (detecta parasitemias bajas, es más seguro que en el frotis). Al no tener en el campo microscópico hematíes resulta más fácil el diagnóstico del parásito.(26)

Prevención:

Quimioprolaxis: medicamentos profilácticos aunque no son totalmente efectivos y dependen de la región.(26)

MALARIA POR PLASMODIUM FALCIPARUM:

Esta forma de malaria presenta mayor número de complicaciones por lo tanto es más grave. Su periodo de incubación es de 11 a 14 días y los síntomas prioritarios pueden ser más marcados. Su etiología se caracteriza por la parasitización de los hematíes de la sangre resultando en su destrucción. La primera infección es de las células del hígado por los esporozoitos que entran en la sangre con picadura del mosquito Anopheles.(27). Su sintomatología se inicia bruscamente con escalofríos intensos, fiebres altas y sudoración profusa, suele ser cotidiana al comienzo, lo característico de la enfermedad son el exceso de fiebre y escalofríos, los cuales se presentan como intermitentes. Otros síntomas malestar general dolores osteomusculares, lumbalgia dolor abdominal.(28). Las manifestaciones clínicas de la malaria dependen de la especie del parásito, del número de parásitos y del estado inmunitario del huésped. En algunos casos se asocia a anemia, leucopenia mayor posteriormente a esplenomegalia. En muchos casos se presentan cuadros atípicos. La enfermedad tiende hacia la cronicidad, estado que se caracteriza por periodos de latencia con etapas recaídas o recrudescencia.(29)

Definición de Términos Básicos

- **Malaria:** etimológicamente (del italiano medieval mala aria, «mal aire») o **paludismo** (latín palus, «pantano») es una enfermedad transmisible, prevenible y curable, y se conocen múltiples factores en su origen y comportamiento (económico- social, ambiental), se transmite por acción de los mosquitos, por lo que su manejo tiene carácter multidisciplinario.
- **Malaria en gestación:** Las mujeres embarazadas son más susceptibles a padecer malaria, y más durante la primera y segunda gestación. Esta susceptibilidad se debe a una combinación entre los cambios inmunológicos y hormonales que suceden durante el mismo, sumado a la afinidad que presentan los eritrocitos por la placenta.(1).
- **Plasmodium:** Un protozoo del grupo esporozoo que parasita el ser humano causando la enfermedad de la malaria.(2)

1.4. Justificación y/o importancia

Malaria o paludismo constituye uno de los grandes problemas de salud pública del mundo. Afecta a más de 100 países, en especial los países pobres y subdesarrollados como el nuestro; 2500 millones de personas viven en riesgo de adquirir la enfermedad y cerca de 400 millones de personas se enferman cada año cada minuto, 3 a 5 niños mueren de malaria y el total de muertes en un año es de 3 millones. En África se

calcula que anualmente se producen 200 000 muertes como consecuencia de la malaria durante la gestación. (20)

El presente estudio de investigación es epidemiológico nuevo en este campo de la Malaria, merece importancia ya que esta enfermedad está avanzando cada día más en todo el mundo. Por diferentes estudios se ha demostrado una mayor incidencia de malaria gestacional en el primer embarazo, independientemente de la endemidad de la zona. Se atribuye este hecho a lo siguiente: 1. La placenta de primigrávidas esta inmunológicamente virgen al parásito y para el desarrollo de una respuesta inmune requiere una exposición antigénica repetida. 2. Las primigrávidas tienen niveles séricos de cortisol más elevados, presentando mayor inmunosupresión y, Los estrógenos disminuyen la respuesta inmune celular en la placenta y las primigrávidas producen más estrógenos placentarios que las multíparas. 3. La paridad está relacionada también con las complicaciones del producto y la infección placentaria (6,14,30); la mayor parasitemia durante el segundo trimestre se correlaciona con mayor presencia de síntomas clínicos, posiblemente por la mayor producción de gonadotropina coriónica en estas semanas, ya que al parecer actuaría como estimulante para la replicación del parásito (37)

En el Perú se encuentra casi exclusivamente dos tipos de paludismo, *plasmodium falciparum* y *plasmodium vivax*. Las zonas que favorecen la replicación del vector son la costa y la selva; por la temperatura de las alturas la sierra no es compatible. Durante los años del decenio de los 90

en el Perú y especialmente en Loreto han aumentado los casos de ambas especies, tanto de *plasmodium falciparum* como de *plasmodium vivax*.⁽⁸⁾ La malaria en el departamento de Loreto tiene una frecuencia de 300 casos por semana, siendo el pico más alto en las semanas 26, 27 y 28 con una frecuencia de 1200 casos por semana. En otros departamentos del Perú la frecuencia de malaria es de 50 casos por semana. Siendo este dato de mucha importancia para formulación del problema.

Al transcurrir del tiempo se han realizado muchas investigaciones, como determinar los métodos de prevención frente a la Malaria, identificar el comportamiento de la población frente a la malaria, factores de riesgo que incrementan la propagación de la epidemia, cuales son los métodos de prevención mas usados y fáciles de usar frente a la malaria, nivel de conocimiento de los métodos de prevención hacia la malaria, pero nunca se estableció la medición del uso de cada método de prevención y poder evaluar principalmente en población de alto riesgo como las gestantes, para determinar el nivel alto, regular o bajo nivel de prevención; ya que consideramos que no es sólo un tema de conocer sino de conocer y aplicar los métodos de prevención hacia la malaria, que es el motivo de este estudio.

1.5. PROBLEMA

¿Cuál es el nivel de prevención hacia la malaria que asumen las gestante atendidas en el Hospital Iquitos Cesar Garayar García, en el departamento de Loreto, Abril – Julio 2013?

II. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Determinar el nivel de prevención hacia la malaria de las gestantes atendidas en el Hospital Iquitos Cesar Garayar García, en el departamento de Loreto. Abril - Julio 2013

2.2. Objetivos Específicos

1. Determinar las características sociodemográficas de la población del estudio.
2. Determinar la incidencia de malaria en gestantes atendidas en el Hospital Iquitos Cesar Garayar Garcia, Abril – Julio 2013.
3. Determinar las medidas preventivas de mayor uso hacia la malaria en gestantes.
4. Establecer el nivel de prevención hacia la malaria de las gestantes.

III.FORMULACION DE HIPOTESIS E IDENTIFICACION DE VARIABLES

3.1. HIPOTESIS DE INVESTIGACION

Las gestantes atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García del departamento de Loreto, tienen regular nivel preventivo hacia la malaria.

3.2. IDENTIFICACION DE VARIABLES

Variable: Nivel Preventivo

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADOR	ITEMS	ESCALA
NIVEL				Rellena los charcos de su vivienda	Si-no	
P	Medición de los métodos utilizados para prevenir la propagación de la enfermedad o para proteger a las personas en zonas donde la malaria es endémicas (30)	Medición de las actividades que realiza la gestante para disminuir el riesgo de contraer malaria.	Prevención de picadura de mosquitos	Repelentes mosquito	Si-no	N
R				Ropa que proteja de picaduras	Si-no	O
E				Mosquitero	Si-no	M
V				Mallas metálicas en puertas y ventanas	Si-no	I
E				Adecuada acumulación de desechos	Si-no	N
N				Hora de baño	Si-no	A
T				Fumigación y pulverización en su domicilio	Si-no	L
I			Erradicación de mosquitos	Rociado de insecticida en su casa	Si-no	
V						
O						

IV.MATERIALES Y METODOS

4.1 Tipo de investigación: Descriptivo

4.2 Diseño de la investigación

El diseño de la investigación es Descriptivo Simple.

- Describir características de un conjunto de unidades de estudio

DESCRIPTIVO SIMPLE



M: 296 gestantes sin malaria.

O: Las gestantes del Hospital Iquitos César Garay García del departamento de Loreto

4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACION

La población en estudio lo constituye la totalidad de las gestantes del Hospital Iquitos Cesar Garayar García de Abril- Julio 2013. Un total aprox. 185 gestantes por mes y en el periodo de estudio sería aprox. 740 gestantes

MUESTRA :

El 40% de las gestantes en el periodo de estudio 296 gestantes

*Por fórmula de muestreo (Porcentaje de error 0.5%, Grado fiabilidad: 1.97)

4.4 Criterios de inclusión

Mujeres gestantes que acudieron a sus Controles Prenatales en el Hospital Iquitos Cesar Garayar García, en el periodo de Abril a Julio del 2013.

4.5 Criterios de exclusión

Gestantes que estén con Diagnóstico o antecedente de Malaria

4.6 Procedimiento

1. Se elaboró el proyecto de investigación el cual fue presentado a la Facultad Ciencias de la Salud para su aprobación.
2. Una vez aprobado el proyecto, se pidió permiso al Director del Hospital César Garayar García –Iquitos, para realizar la captación de Gestantes que acuden a su control prenatal.
3. Obtenida la autorización del Director, se procedió a la recolección de datos, estos datos son revisados por profesionales Obstetras del Hospital Iquitos Cesar Garayar García. Capacitados según la validez y confiabilidad del instrumento elaborado.
4. Luego realizamos la codificación en la etapa de recolección de datos, transformándose en códigos numéricos de acuerdo a las respuestas dadas en los formularios respectivos según las variables en estudio.
5. Después de la clasificación de los datos, se realizaron según la codificación, escala y nivel de medición e indicadores de cada variable identificados en cada estudio.
6. Obtenido los datos y la información necesaria tras la aplicación del instrumento, se procesan estos datos haciendo uso de las técnicas

básicas de estadística mediante programas como: Microsoft Word y Microsoft Excel, los cuales dan mayor objetividad al presente trabajo.

7. Posteriormente el recuento de datos se hizo a través del paquete estadístico de SPSS.

8. Finalmente para la descripción y análisis experimental de los resultados se hizo uso de cuadros estadísticos y gráficos.

4.7 Métodos e instrumentos de recolección de datos:

Encuesta

Este instrumento es propio y es elaborada según variable, escala y indicadores que nos llevarán a medir la variable identificada en el estudio.

Consta de 20 enunciados de los cuales las primeras 5 enunciados nos ayudarán a evaluar la situación sociodemográfica; los 15 enunciados siguientes descritos mundialmente como métodos de prevención frente a la malaria por Gardner nos permitirá medir el nivel de prevención, donde las repuestas que miden frecuencia tiene un puntaje de 0,1, 2 correspondiente a Nunca, A veces y Siempre, las demás solo 2 puntos.

Con la ayuda del departamento de epidemiología y enfermedades transmisibles del Hospital II – 2 Tarapoto, del Centro de salud Juan Guerra y de EsSalud Tarapoto hemos podido validar dar el puntaje correspondiente a cada ítems de este instrumento de trabajo

Con un total de 30 puntos donde:

0 – 15 pts. Bajo nivel de prevención

16 – 25pts. Regular nivel de prevención

26 – 30pts. Alto nivel de prevención

Nos permitirá evaluar a las gestantes el nivel de prevención sobre malaria en gestación y de las variantes intervinientes (grado de instrucción, edad, procedencia y Fuentes de información).

4.8 Plan de tabulación y análisis de datos

El análisis se realizara utilizando la distribución de frecuencia absoluta y porcentajes, media aritmética, y para ello se usara el programa estadístico de SPSS.

- La clasificación de los datos se realizara según la codificación, escala y nivel de medición e indicadores de cada variable identificados en cada estudio.
- Se procesan estos datos haciendo uso de las técnicas básicas de estadística mediante programas como: Microsoft Word y Microsoft Excel. Las cuales darán mayor objetividad al presente trabajo.
- La presentación de los datos se llevara a cabo mediante tablas y gráficos estadísticos.
- El recuento de datos se hará a través del paquete estadístico de SPSS.
- Para la descripción y análisis experimental de los resultados se hará uso de cuadros estadísticos y gráficos.

Las discusiones y conclusiones se realizaran de acuerdo a los resultados que se obtendrán.

V. RESULTADOS

CUADRO N° 01:

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CÉSAR GARAYAR – IQUITOS, ABRIL – JULIO 2013.

CARACTERISTICAS	N°	%
EDAD		
< 15	47	15,8
15– 35	225	76
> 35	24	8,2
TOTAL	296	100
ESTADO CIVIL		
CONVIVIENTE	223	75,3
SOLTERA	54	18,2
CASADA	19	6,4
TOTAL	296	100,0
RELIGION		
CATÓLICA	205	69,3
EVANGÉLICA	57	19,3
ADVENTISTA	34	11,5
Total	296	100,0
OCUPACION		
AMA DE CASA	171	57,8
ESTUDIANTE	114	38,5
EMPLEADA PÚBLICA	11	3,7
Total	296	100,0
GRADO DE INSTRUCCION		
PRIMARIA	69	23,3
SECUNDARIA	216	73,0
SUPERIOR UNIVERSITARIO	11	3,7
Total	296	100,0

Fuente: Elaboración propia de la investigación.

Observamos que la población estudio se caracteriza por ser gestantes del grupo etario de 15 a 35 años 225 (76%), de estado civil convivientes 223

(75.3%), de religión católica 205 (69,3%), de ocupación ama de casa 171 (57.8%) y de educación secundaria 216 (73%).

CUADRO N° 02:

FRECUENCIA Y PORCENTAJE SEGÚN NIVEL DE PREVENCIÓN HACIA LA MALARIA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IQUITOS CÉSAR GARAYAR GARCÍA. DEPARTAMENTO DE LORETO. ABRIL - JULIO 2013

NIVEL DE PREVENCIÓN	N° DE GESTANTES	%
BAJO	45	15,2
REGULAR	243	82,1
ALTO	8	2,7
TOTAL	296	100,0

Fuente: Elaboración propia de la investigación

Observamos que el nivel de prevención hacia la malaria en su mayoría fue regular con un 82.1% (243), seguido de un nivel bajo (15.2%) y sólo 2.7% (8) logro un nivel alto. Podemos suponer que el nivel de prevención regular y alto guarda relación con el grado de instrucción de la población que fue en su mayoría secundaria.

CUADRO N° 03:

INCIDENCIA DE MALARIA SEGÚN TIPO DE PARASITO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IQUITOS CÉSAR GARAYAR GARCÍA. DEPARTAMENTO DE LORETO.

MES	M. VIVAX	M. FALCIPARUM	TOTAL	%
ABRIL	4	0	4	11.8
MAYO	7	0	7	20.5
JUNIO	11	0	11	32.4
JULIO	12	0	12	35.3
TOTAL	34	0	34	100

Fuente: área de estadística del Hospital Iquitos Cesar Garayar García

Observamos que el mayor número y porcentaje de malaria según los meses de estudio fue en Julio con 12 (35.3%) casos, y corresponde al tipo vivax. En relación a la incidencia total de malaria en el periodo Abril – Julio 2013 es de 4.59%.

CUADRO N° 04:

Frecuencia y porcentaje según medidas preventivas de mayor uso hacia la malaria en gestantes atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García. Departamento de Loreto. Abril - Julio 2013

ACTIVIDADES QUE MÁS REALIZA SU FAMILIA	N° GESTANTES	%
Mallas metálicas en puertas y ventanas	81	27.36
Uso de mosquitero	117	39.52
Rellenar charco	14	4.72
Ropa que lo proteja de picaduras	33	11.14
Horario adecuado de baño	23	7.77
Adecuada acumulación de desechos	17	5.74
Rociado de insecticida en casa	11	3.71
Total	296	100

Fuente: Elaboración propia de la investigación. Julio 2013

Observamos que la medida preventiva con mayor frecuencia de la gestante es el uso de mosquiteros con 39.6% (117) luego el uso de mallas metálicas en puertas y ventanas con 27.3% (81).

VI. DISCUSION

En el presente estudio las gestantes del hospital Iquitos César Garay García que forman parte de nuestro estudio en mayor proporción tienen un nivel de prevención regular hacia la malaria como lo podemos analizar en el cuadro N° 02 de nuestros resultados.

Los métodos de prevención citados por Gardner P, y Brosin BA son practicados por un 82.1% de nuestra población de estudio en un nivel Regular, el 15.2% no practica más métodos de prevención por falta de interés o ignorancia, y el 2.7% tiene un nivel alto esto se corrobora con el grado de instrucción que tiene la gestante. Al analizar los resultados encontrados podemos decir que no hay relevancia que el estado socio - demográfico influya con el nivel de prevención frente a la malaria.

Fernandez Mendoza en el año 2007 realizó un proyecto de investigación Acerca de Actitudes preventivas de las gestantes frente a la malaria en el hospital Regional de Loreto, Loreto 2007. Al observar los resultados concluye las actitudes preventivas de mayor frecuencia de las gestantes frente a la malaria es el uso de mosquiteros (94.2%). Hoy podemos corroborar que se ha adoptado otro método alternativo de mayor frecuencia como es el uso de mallas metálicas en puertas y ventanas para prevenir el ingreso de los mosquitos como lo podemos analizar en el cuadro N° 4 De nuestros resultados.

Este proyecto de tesis llega a reafirmar la información de Murhekar MV. (2006-2007): La afirmación de La eliminación de las muertes de la malaria

requerirá la educación de los abastecedores para la remisión pronto antes de complicaciones, contrato del sector privado, conocimiento de comunidad para el tratamiento.

Chandramohan D. (Junio de 2006 y julio de 2008) – Ghana. Demostró resultados donde el predominio total de la parasitemia de la malaria durante embarazo era el 47%, es verdad demasiado excesivo para nuestra población que es de 4.59%, pero eso no es un indicador para que el departamento de Loreto no tome medidas de prevención si no que nos ayude a erradicar de completo la malaria.

VII. CONCLUSIONES

- La población estudio se caracterizó pertenecer al grupo etario de 15 a 35 años 225 (76%), de estado civil convivientes 223 (75.3%), de religión católica 205 (69,3%), de ocupación ama de casa 171 (57.8%) y de educación secundaria 216 (73%).
- El nivel de prevención hacia la malaria por la gestantes atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar mayoritariamente fue regular con 82.1% (243).
- La incidencia global de malaria en el periodo de estudio fue de 4.59% y el mayor porcentaje de malaria del total de casos ocurridos se dio en el mes de Julio con 12 (35.3%) casos que corresponde al tipo vivax.
- Las principales medidas preventivas de mayor frecuencia practicadas por la gestante fueron el uso de mosquiteros con 39.6% (117) y el uso de mallas metálicas en puertas y ventanas con 27.3% (81).

VIII. RECOMENDACIONES

- Que el MINSA utilice los resultados del presente estudio para orientar las estrategias y medidas preventivas de la malaria en especial en el grupo de riesgo gestante.
- Que el MINSA promueva la promoción y prevención de la malaria a través de un trabajo intergubernamental e intersectorial para vencer la malaria.
- Involucrar a los medios de comunicación y utilizar la estrategia de comunicación para el cambio social y cambio de comportamientos.
- Enfocar las intervenciones en zonas de mayor vulnerabilidad de malaria.

IX. REFERENCAS BIBLIOGRAFICAS

1. WIKIPEDIA, Malaria. www.wikipedia.org/wiki/Malaria.
2. W. KURTNER, Malaria una enfermedad Endémica.
www.cdc.gov/MALARIA/
3. STANFORD, Malaria universal /
www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000621.htm
4. X. Charlene. África endémica. www.who.int.es/topics/malaria/en/65/%
5. X. Charlene. Parasitosis.
www.who.int.es/mediacentre/factsheets/fs094/en/
6. UDABOL, Malaria. www.malaria.org.bo/
7. G. Gwins. Factor of Malaria www.nobelprize.org.es
8. REVISTA PROGRAMA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES OPS
– OMS Org. Panamericana de la Salud. Edit. Francisco J. López
Antuañano y Schmunis.
9. MALARIA EN GESTANTES, FACULTAD DE ENFERMERIA UNAP.
Monografía. Editorial UNAP. Perú 2005
10. Dr. J. Jhane. España, Risk Factor Of malaria In Women. 2011.
11. G. Tomson. Papua 2009. Prevención de malaria.

[Http://www.ncbi.nlm.nih.gov/cites/entrez](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/cites/entrez).
12. H. Kennet, Incidencia de malaria y complicaciones en niños
menores de 2 años, Guinea 2010

[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed.19906307?tool=EntrezSystemz.Pentr
ez, Pubmed resultsPanelPubmed-RUDoc.Sum&ordindpos=1](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19906307?tool=EntrezSystemz.Pentr ez, Pubmed resultsPanelPubmed-RUDoc.Sum&ordindpos=1).

13. A. Mc Jhones. Prevención de malaria en Gestantes. Madrid 2005
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19884871?tool=EntrezSystemz.Pentrez, Pubmed resultsPanelPubmed-RUDoc.Sum&ordindpos=2>.
14. A. Barco. Panel Pubmed. África 2011.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/210392?tool=EntrezSystemz.Pentrez, Pubmed resultsPanelPubmed-RUDoc.Sum&ordindpos=1191>.
15. C. Menéndez / P. Alonso. Parasitemia en gestantes. Centro de Salud Internacional Hospital Clinic de Barcelona.1999.
16. Pérez Rural-Escamilla R, Dessalines M, Finnigan M, H Pachón, A HromiFiedler, Gupta N. Universidad de Connecticut, Malaria Enfermedad Endémica Storrs, a 06269. J Nutr. Edit. Connecticut 2009 Sep.
17. Azikiwe Nnamdi. Paludismo. Universidad., P.M.B. 5001, Níger J Med. 2009 Jan-mar.
18. Ramal Asayag, César, Acta Médica Peruana;25(4):220-223, oct.-dic. 2008.
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/acta_medica/2008_n4/pdf/a07v25n4.pdf
19. Millet JP, de Olalla PG, Gascón J, Prat JG, Treviño B, MJ Pinazo, Cabezas J, Muñoz.
20. H. Frederick. Malaria en gestantes
[www.medicosalud.org.com/malari-gestantes/%\\$\\$\\$\\$/](http://www.medicosalud.org.com/malari-gestantes/%$$$$/)
21. OMS, Malaria y Gestación. www.oms.com/malaria/
22. UNICEF, Parásitos en niños.
www.salud.gob.mx/unidades/ciel/ems

- 23.** UNICEF, Malaria Mundial.
[www.salud.org/malaria/mundial/\\$#456/#](http://www.salud.org/malaria/mundial/$#456/#)
- 24.** Cardoso, Marly A, Ferreira y col. Rondonia, Anemia en
Populacao de área Endémica de malaria, Revista de Salud Pública.
Edit.Brasil (1992).
- 25.** Okoyeh JN, Lege Oguntoye L, Enembule JO y col. Sensitivity of
Plasmodium falciparum to chloroquine in pregnant women in Zatia,
Northem Nigeria. Trop Geogr Med 1993.
- 26.** Abel L, Roison A y col. Am J Trop. Factores de riesgo de
infección por malaria durante la gestación en Burkina Faso: Sugerencia
de una influencia genética.Cot M, Med Hyg 1993.
- 27.** Bergstrom, Fernández A, Shwalbach J y col. Transmisión
materno fetal de malaria en embarazadas.. Gynecol Obstet Invest 1993.
- 28.** Arch Fam Med 1994. Moore TA, Tomayko JF, Wierman AM y
col. Importancia de malaria en 1990.
- 29.** Brabin BJ. Unpublieshed. Applied Field Research in Malaria.
Document TDR. Report N.º 1, 1991.
- 30.** Doverstyn EB, Teerakeart Kamjorn, C Andre RG y col.
Treatment of vivax malaria with sulfadoxine pyrimethamine alone.
Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene .,
1979.
- 31.** Fleming AF, Ghatouro GBS, Harrison KA y col. The prevention of
anemia in pregnancy in primigravidae in the Guinea Savanna of Nigeria.
Annal of Tropical medicine and Parasitology. 1993.

- 32.** Gardner P, Y Brosin BA. Review of randomised controlled trials of routine antimalarial drug prophylaxis during pregnancy in endemic malarious areas. Bulletin of the world Health of organization. 1994.
- 33.** Kaseje DCO, Lemplehwa EKN, Spender HC. Malaria chemoprophylaxis to pregnant women provided by community health workers in Sarodidi Kenya .. 1987, Annals Tropical Medicine and Parasitology. 1987
- 34.** Macgregor JD, Avery JG. Malaria transmission and fetal growth. British Medical Journal. 1974;
- 35.** Murphy GS, Basri H, Purnomo, Andersen EM, Bang MJ y col. Vivax malaria resistant to treatment and prophylaxis with chloroquine. Lancet 1993
- 36.** Organización Mundial de la Salud Política sobre medicamentos antimaláricos. Informe de mi reunión de consulta oficiosa en Ginebra, 1994
- 37.** UNMSM. Malaria en Gestación
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol54_n2/pdf/a11v54n2.pdf
- 38.** BOLETIN EPIDEMIOLOGICO - Dirección General de Epidemiología, Red Nacional de Epidemiología, Ministerio de Salud, Lima, Perú. Editorial Bacteria (Bacillus Thuringiensis). Control Biológico en poblaciones de mosquitos. Pág. 280 – 281.
<http://www.dge.gob.pe/boletines/2012/17.pdf>
- 39.** BOLETIN EPIDEMIOLOGICO - Dirección General de Epidemiología, Red Nacional de Epidemiología, Ministerio de Salud, Lima,

Perú. Editorial Bacteria (*Bacillus Thuringiensis*). Control Biológico en poblaciones de mosquitos. Pág. 280 – 281.

40. World Health Organization. Roll Back Malaria a global partnership. 2002.

41. Cunningham F.G. Et al. Williams Obstetrics, 19th Editorial Appleton and Lange. Texas, USA. 1997.

42. McGregor IA, Wilson ME, Billiewicz WZ. Malaria infection of the placenta in the Gambia West Africa, Its incidence and relationship to still birth, birth weight and placental weight. Trans R Soc. Trop Med Hyg. 1983, 77, 242 – 244.

43. JHPIEGO. Malaria — Protección de Mujeres y Niños.

www.jhpiego.org/whatwedo/malaria.htm ;

http://www.jhpiego.org/files/%20ERCO-new-infosheets/2-What-We-Do/3-HIV-AIDS-Infectious%20Diseases/5-Malaria/Malaria_Sp.pdf.

X. ANEXOS

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN TARAPOTO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

Título: “Nivel de prevención que asume la gestante hacia la malaria, atendida en el Hospital Iquitos César Garayar García, Departamento de Loreto, abril a julio del 2013”

CUESTIONARIO

Introducción: Es presente documento es un instrumento de recolección de datos para conocer las medidas preventivas hacia la malaria de las gestantes que se atienden en el Hospital Iquitos César Garayar García, por lo cual pedimos su apoyo en responder a las preguntas formuladas y que vuestras respuestas sean lo más sinceras posible ya que contribuirá a mejorar esta enfermedad.

Edad:

- 1) Procedencia: 1.- Iquitos 2.- Punchana 3.- Belén
 4.- San Juan 5.- Otros
- 2) Estado civil: 1.- Conviviente 2.- soltera 3.- Casada
 4.- otro
- 3) Religión: 1.- Católica 2.- Evangélica
 3.- Adventista 4.- Otro
- 4) Ocupación: 1.- Ama de casa 2.- Estudiante
 3.- Empleada Pública 4.- Otro
- 5) Grado instrucción: 1.- Primaria 2.- Secundaria 3.- Superior
- 6) ¿Quién debe prevenir la Malaria?

1. La familia en conjunto

2. Ministerio de Salud

3. Comunidad

5. No se

7) ¿Cómo se transmite la Malaria?

1.- Zancudo

2.- Mosquito

3.- Persona a persona

8) ¿Qué hace con los charcos de alrededor de su vivienda?

1. los rellena con basura

2. los rellena con tierra o arena

3. Los drena con canales

4. Nada

9) ¿Participa en las jornadas de limpieza en su barrio?

1.- Nunca

2.- A veces

3., Siempre

10) ¿Utiliza repelentes para mosquito al salir al campo?

1.-Nunca

2.- A veces

3.- siempre

11) Uso de ropa que lo proteja de picaduras, como camisa manga larga, pantalones largos, medias y zapatos cerrados

1.- Nunca

2.- A veces

3.- siempre

12) ¿Ud. Usa el mosquitero?

1.- nunca

2.- A veces

3.- siempre

13) ¿Cuál es la actividad que más realizan su familia y comunidad para controlar la malaria?

1.- mallas metalicas en puertas y ventanas

2.- mosquitero

3.- Repelentes

4.- rellenar los charcos con tierra o arena de los alrededores

14) ¿Utiliza mallas metálicas en puertas y ventanas para prevenir el ingreso de zancudos y mosquitos?

1.- SI

2.- NO

15) ¿A qué hora se baña?

1. - 5:00am – 7:00am

3. - 5:00pm – 7:00pm

2. - 8:00am – 4:00pm

4. - 8:00pm – 4:00am

16) Lugar de acumulación de desechos

1.- huerta

2.- basurero (saco, balde, etc.)

3.- calle

4.- chacra

17) ¿Si usted tiene fiebre, escalofríos a donde va?

1.- Curandero

2.- centro de salud

3.- Farmacia

18) ¿En su domicilio el sector de salud realiza pulverizaciones y fumigaciones con plaguicidas e insecticidas?

1.- SI

2.- NO

19) Cuantas veces al año se realizan las pulverizaciones y fumigaciones en su localidad?

1.- 1

2.- 2

3.- 3

20) ¿Usted realiza el rociado de insecticida en su casa?

1.- Nunca

2.- A veces

3.- siempre

SOLICITUD S/N 2013 – GPCB – LCAT

Señora:

Obsta. Mg. Marina Huamantumba Palomino

Decana de la FCS.UNSM. T.

PRESENTE:

ASUNTO: Remite informe final de tesis.

Es grato de dirigirme a Usted cordialmente y al mismo tiempo remitirle nuestro informe final de tesis Titulado: “NIVEL DE PREVENCION HACIA LA MALARIA QUE ASUMEN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IQUITOS CESAR GARAYAR GARCIA, EN EL DEPARTAMENTO DE LORETO, ABRIL – JULIO 2013”, de los Bachilleres en Obstetricia: Gáloc Lápiz Ceyer con Lazo Cerrón Luis Alberto, para su respectiva revisión y aprobación, para sustentación.

Sin otro particular, me suscribo de Usted.

Atentamente:

Gáloc Lápiz Ceyer

Bachiller de Obstetricia

Lazo Cerrón Luis Alberto

Bachiller de Obstetricia

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO ACADEMICO DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA

CIUDAD UNIVERSITARIA – MORALES TELF: 521402

Año de la Inversión para el Desarrollo Rural la Seguridad Alimentaria

CONSTANCIA

Conste con la presente que Yo Evangelina Ampuero Fernandez, he asesorado el proyecto de tesis titulado “NIVEL DE PREVENCIÓN QUE ASUME LA GESTANTE HACIA LA MALARIA, ATENDIDA EN EL HOSPITAL IQUITOS CESAR GARAYAR GARCIA, EN EL DEPARTAMENTO DE LORETO, ABRIL – JULIO DEL 2013”

Presentado por los bachilleres en Obstetricia, Luis Alberto Lazo Cerron y Ceyer Galos Lápiz.

En conformidad firmo la presente a fin de que los bachilleres continúen con trámite correspondiente.

Tarapoto.....de.....2013

.....

Obst Dra Evangelina Ampuero Fernandez

Asesor

“Año de la Inversión para el Desarrollo Rural y la Seguridad Alimentaria”

Tarapoto 7 de junio del 2013

Solicito: Permiso para realización de encuesta

Señor: Carlos Calampa Del Aguila

Director del Hospital Iquitos Cesar Garayar Garcia

SD

Luis Alberto Lazo Cerron con C.U. 074114 y Ceyer Galoc Lapiz con C.U. 074111, ex internos de obstetricia; ante usted nos presentamos y exponemos.

Que estando realizando proyecto de tesis de la Universidad Nacional de San Martin, solicitamos permiso para realizar encuesta a las pacientes gestantes del servicio de Control Prenatal, siendo nuestro tema de proyecto de tesis: “NIVEL DE PREVENCION HACIA LA MALARIA QUE ASUMEN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IQUITOS CESAR GARAYAR GARCIA, EN EL DEPARTAMENTO DE LORETO, ABRIL – JULIO 2013”

Por lo expuesto:

Pedimos a Ud. Sr. Carlos Calampa Del Águila, acceder a nuestra solicitud por ser justa.

Gáloc Lápez Ceyer

Bachiller de Obstetricia

Lazo Cerrón Luis Alberto

Bachiller de Obstetricia